



Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects copyrights-free medical documents for non-lucrative use.

Some articles are subject to the author's copyrights.

Our team does not own copyrights for some content we publish.

"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however, we are not able to contact all the authors.

If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on:
facadm16@gmail.com

All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.

Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.

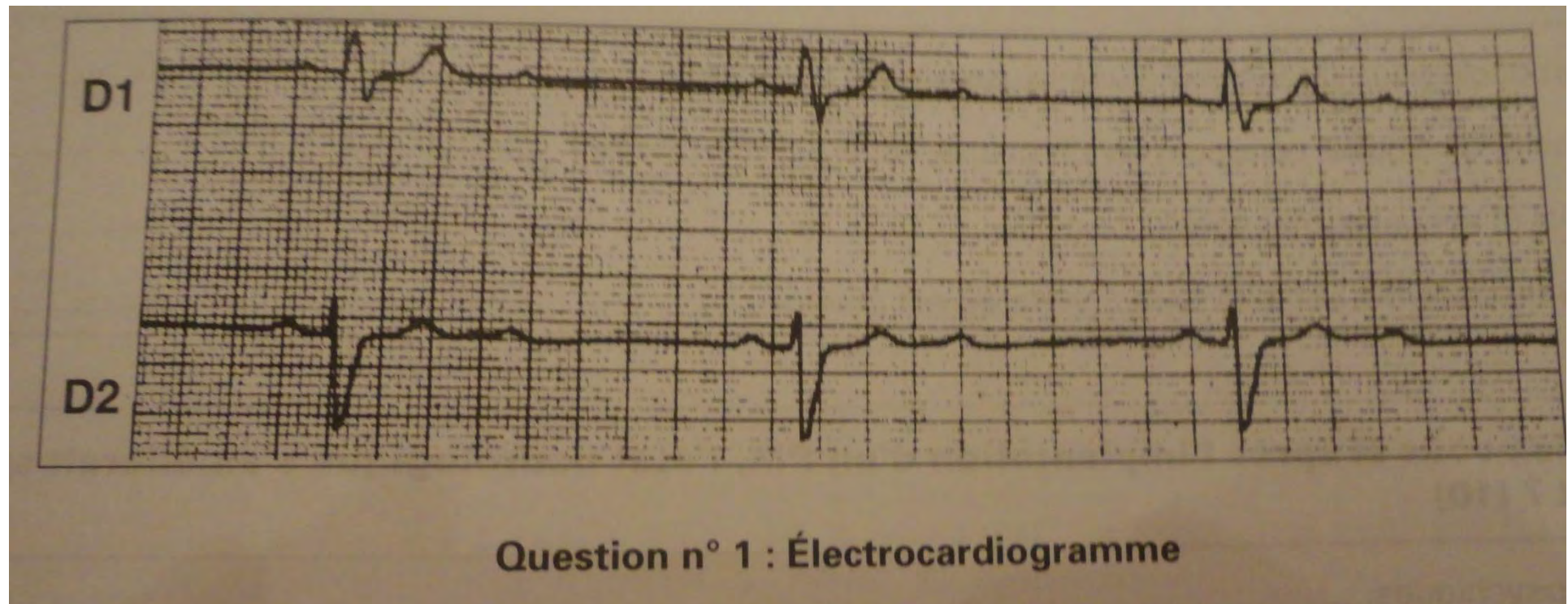


RÉVISION

Dr.A.Boudrifa

CAS CLINIQUE 1

- Madame S.K, 75 ans, vous est adressée en raison d'une bradycardie persistante à 35 cpm. Selon sa famille, elle a une maladie d'Alzheimer débutante(troubles mnésiques apparus il y'a 3 mois) et aurait fait un infarctus du myocarde 10 ans auparavant. L'examen physique ne trouve pas d'autres anomalies que cette bradycardie.



- Interprêtez l'ECG
- Ondes P:
 - Régulières
 - À une fréquence de 60/mn
- Complexes QRS:
 - Réguliers.
 - À 30/mn
 - Larges.
- Une onde P sur deux bloquée(non conduite) avec PR = 0,20s fixe
- Conclusion:
 - BAV du 2^{ème} degré 2 pour 1

Quelle est la principale étiologie de cet aspect ECG?

- Chronique:
 - Idiopathique: maladie de Lenègre
- Recherche de principe une cause aiguë:
 - Trouble hydroélectrolytique, médicament déprimant la conductionAV , récidence ischémique.

La patiente ne prend aucune thérapeutique. En raison de son état mental, vous ne pouvez pas savoir si elle présente des symptômes. Pensez-vous qu'il soit utile d'implanter un PM?

- Oui si bilan étiologique –
- Haute probabilité de trouble conducteur AV chronique sévère (infra-hissien).
- Risque de BAV III syncopal élevé.
- Par ailleurs la bradycardie constatée est sévère.

Que pensez-vous si après implantation d'un PM, l'état neurologique s'améliorait spectaculairement?

- Troubles neuropsychiques
- liés à un bas débit cérébral chronique.
- secondaire à une bradycardie sévère.

La patiente est appareillée et tout symptômes neurologique disparaît. Un an plus tard, elle est hospitalisée pour altération de l'état général et fièvre. Que suspectez-vous?

- Une endocardite infectieuse sur PM.

Comment confortez-vous cette suspicion diagnostique?

- Hémocultures aéro-anaérobies:
 - répétées.
 - lors des pics fébriles et frissons.
 - avant toute antibiothérapie.
- Echocardiographie: ETT et ETO
 - Recherchant des lésions valvulaires, en particulier tricuspides (végétations, mutilations valvulaires) et des végétations appendues aux sondes endocavitaires.
- Radiographie et scintigraphie pulmonaire de perfusion: recherchant des anomalies évocatrices d'embolie pulmonaires septiques répétées secondaires à une endocardite du cœur droit.
- Recherche d'un syndrome inflammatoire biologique.

CAS CLINIQUE 2

- Vous voyez aux urgences un homme de 61 ans amené par les pompiers pour une chute avec perte de connaissance sur la voie publique. Vous constatez qu'il a une plaie sur le front.
- vous récupérez une de ses dernières ordonnances: glicazide, atorvastatine.

- Quel examen faites_vous dans l'immédiat ? Que recherchez_vous? pourquoi?

- Cette recherche ne donne rien. En l'interrogeant, vous apprenez qu'il a eu une perte de connaissance brusque provoquant une chute lors d'un effort soudain. Il est parfaitement conscient sans aucun trouble neurologique et n'a pas fait de mouvements anormaux. Le test d'orthostatique est négatif et il n'y a pas de signe pour une réaction vaso-vagale. La perte de connaissance a duré quelques secondes et le retour à la conscience a été rapide et spontané. Comment caractérisez-vous cet épisode ?

- L'ECG ne retrouve pas de trouble du rythme ni d'autres orientations. Votre auscultation retrouve un souffle systolique intense au foyer aortique à 4/ 6, avec une abolition du B2 et qui irradie dans les vaisseaux du cou. Quelle valvulopathie diagnostiquez-vous ?

- Quel examen non invasif demandez vous pour faire le bilan de cette valvulopathie?

- Quels sont les 4 intérêts de cet examen dans cet examen?

- Quels sont les 2 signes les plus importants pour quantifier le degré de sévérité de cette valvulopathie?

- Quels sont les 3 symptômes principaux de cette valvulopathie?

- Un traitement par remplacement valvulaire chirurgical est décidé. Quel type de prothèse allez vous mettre en place? Quels sont les deux types d'éducation que vous allez entreprendre par la suite?

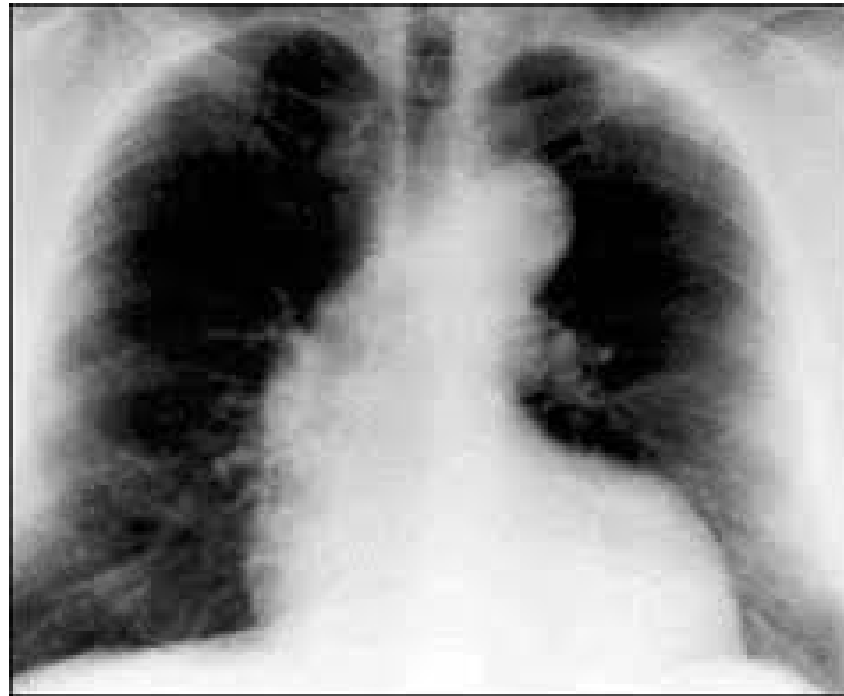
- 6 mois plus tard, le patient est transféré aux urgences par le SAMU, il a présenté un épisode similaire au premier, lors de votre examen, vous percevez à l'auscultation des crépitations bilatéraux jusqu'à mi_champs et un souffle cardiaque systolique avec une diminution de l'amplitude des bruits de la prothèse. Il est fortement dyspnéique, l'état hémodynamique est instable. Vous récupérez en urgence l'INR qui est à 1,1. Quelle est votre hypothèse diagnostique?

CAS CLINIQUE 3

- M B, 43 ans est hospitalisé pour dyspnée.
- **Antécédents:** Colique néphrétique à l'âge de 35 ans. Pas de facteur de risque cardiovasculaire. Porteur d'un souffle cardiaque depuis l'âge de 9 ans.
- **Histoire de la maladie:** depuis 1 an, apparition d'une dyspnée (classe II de la NYHA) variable d'un jour à l'autre.
- **Examen clinique:** souffle holodiastolique 3/6 au bord gauche du sternum avec roulement diastolique apexien et souffle systolique d'accompagnement. Pas de signes d'insuffisance cardiaque droite ni gauche. Les pouls sont amples; la PA à 145/45 mmHg. Le reste de l'examen est normal.
- **ECG:** HVG de type diastolique.

Le patient est au stade II de la NYHA. Rappelez les différents stades de cette classification

- **Stade I:** asymptomatique.
- **Stade II:** dyspnée pour des efforts inhabituels.
- **Stade III:** dyspnée pour les efforts de la vie quotidienne
- **Stade IV:** dyspnée permanente au moindre effort et au repos.



Interprétez la radiographie thoracique

- Cardiomégalie (ICT supérieur à 0,5):
 - ❖ aux dépens du VG.
 - ❖ Car arc inférieur gauche allongé convexe globuleux plongeant en sous diaphragmatique.
- Dilatation de l'aorte ascendante.
- Parenchyme pulmonaire normal.
- Silhouette typique d'insuffisance aortique chronique.

Qu'attendez-vous d'une échographie cardiaque?

- **Confirme l'existence d'une IA:**
 - ✓ Doppler couleur
- **Apprécie l'importance de l'IA** (appréciation semi quantitative):
 - ✓ Diamètre du jet régurgitant au niveau de l'orifice aortique(en TM couleur)
 - ✓ Extension du jet régurgitant dans le VG.
 - ✓ Effet télédiastolique(vélocité du flux rétrograde télédiastolique au niveau de l'isthme aortique)
 - ✓ PHT(temps de demi-décroissance de l'enveloppe du flux d'IA)
- **Précise le mécanisme de l'IA**
 - ✓ .Intérêt de l'ETO
 - ✓ Probable bicuspidie (souffle connu depuis l'enfance)
 - ✓ On peut aussi discuter une atteinte aortique dystrophique(maladie de Marphan) ou l'atteinte séquellaire d'une endocardite infectieuse.

- Analyse le retentissement:
 - ✓ Retentissement VG.
 - ✓ Degré de dilatation du VG (DTS et DTD)
 - ✓ Altération de la contractilité du VG (FR et FE du VG)
 - ✓ Mesure la PAP
- Précise le degré et le type de dilatation (anévrisme?) de l'aorte ascendante.
- Autre valves.
- Péricarde.

Quels sont chez ce patient les signes cliniques faisant craindre une cardiopathie évoluée?

- SF: dyspnée d'effort.
- Abaissement marqué de la PAD avec élargissement de la différentielle.
- Roulement diastolique apexien de Flint.

CAS CLINIQUE 4

- Medecin transporteur au SAMU, vous êtes envoyé au domicile d'un patient âgé de 38 ans, M. Samir, qui a présenté une douleur thoracique suivie d'une syncope. A votre arrivée, vous êtes accueilli par son frère jumeau Mohamed, qui vous explique que quelques minutes après son appel au SAMU, Samir a fait un nouveau malaise. Il est inconscient depuis et M vous explique qu'il a démarré des manœuvres de réanimation grâce à une formation qu'il avait suivie.
- Effectivement, vous constatez que S a un score de Glasgow à 3, une absence de pouls ainsi qu'une cyanose généralisée.

Quelle prise en charge de réanimation spécialisée mettez-vous immédiatement en œuvre?

- La liberté des voies aériennes.
- Prise en charge médicale urgente.
- Pose d'un scope ECG avec SpO2 et pression artérielle non invasive.
- Poursuite de la ventilation:
 - Fréquence optimale de 80 à 100/mn
 - Aide instrumentale pour décompression active par cardio-pump ou « planche à masser »
- Pose d'une voie veineuse périphérique.
- Enregistrement de l'activité électrique du cœur par les palettes du défibrillateur ou des électrodes autocollantes.
- Réalisation d'un ECG:
 - Pour guider la suite de la prise en charge spécifique.



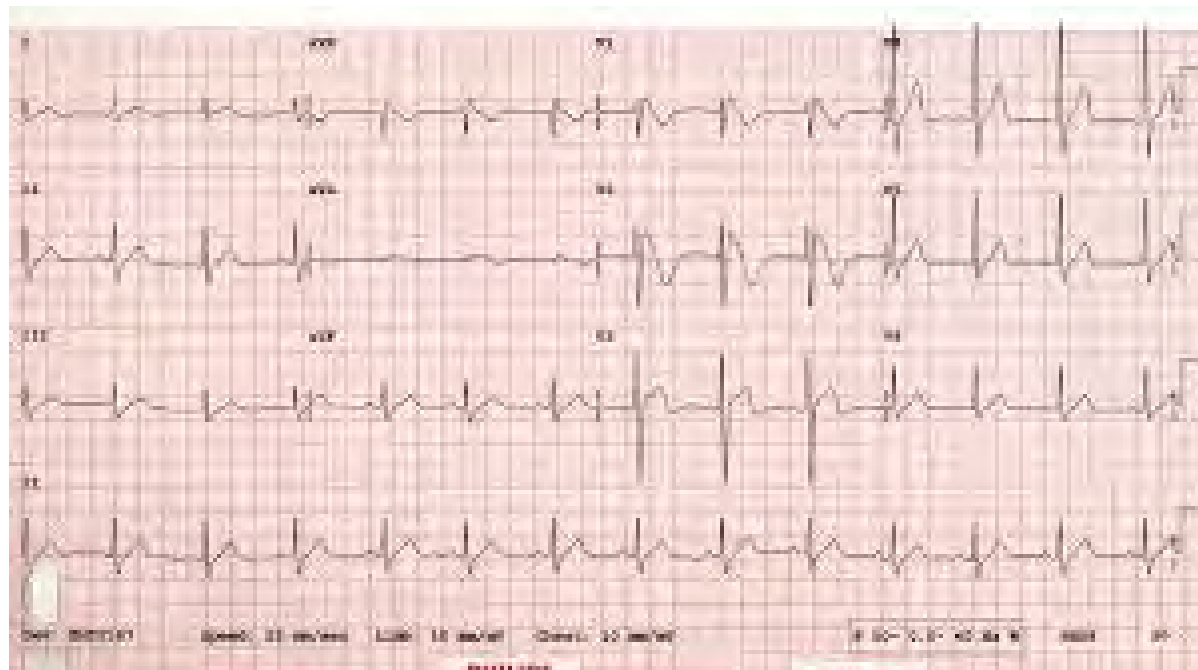
Interprétation ECG et prise en charge en urgence du patient

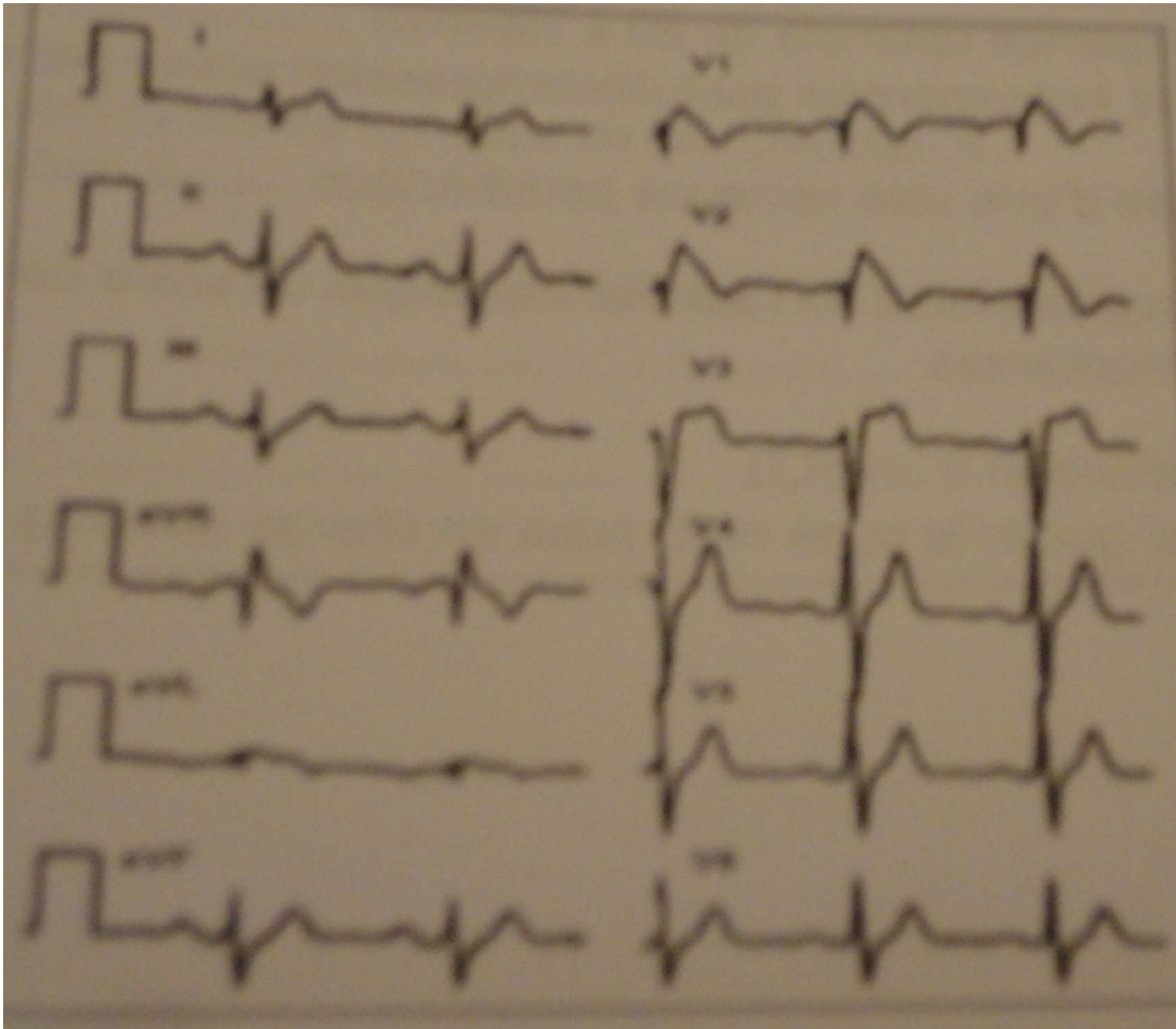
- Fibrillation ventriculaire
- Choc électrique externe eu urgence.
- Réaliser un choc de 150-200J biphasique avec reprise immédiate du massage cardiaque externe.
- Nouvelle analyse du rythme cardiaque.
- Envisager antiarythmique amiodarone IV 300 mg si TV persistante.

Au décours de votre prise en charge précédente, le nouvel ECG fait par votre externe montre un tracé plat isoélectrique. Quelle est alors votre thérapeutique immédiate?

- Poursuite des manœuvres de réanimation spécialisée.
- Devant cette asystolie:
injection d'adrénaline 1mg/3mn en IVD

Malgré tous vos efforts M.S décède. Vous rédigez le certificat de décès que vous remettez à son frère C. Celui-ci est désespéré et se demande ce qui a pu se passer... Il vous explique que lui aussi est déjà « tombé dans les pommes » 2 ou 3 fois. Il avait fait pratiquer un ECG il y'a 20 ans et il tient à vous montrer.





Quelle analyse de l'ECG de M. C faites-vous?

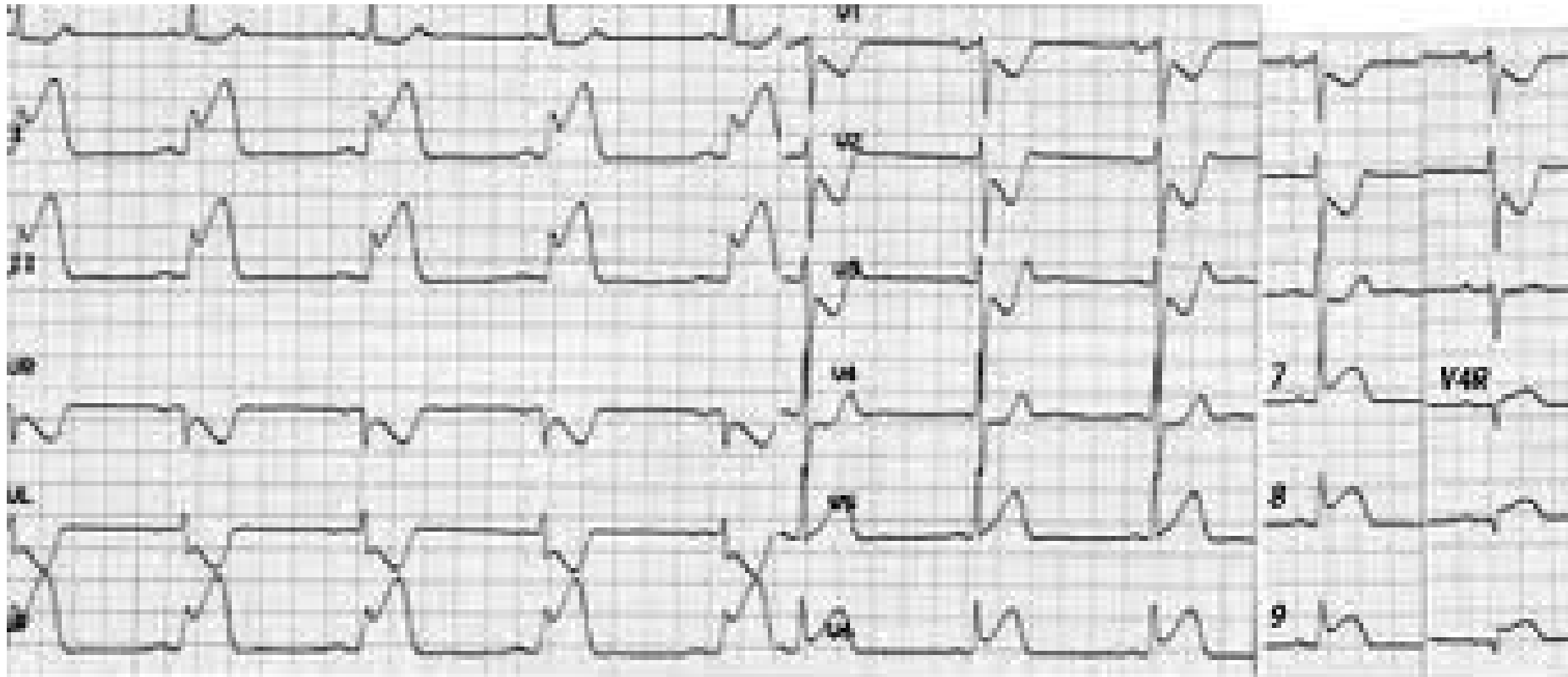
- Aspect de bloc de branche droit avec élévation du point J.
- Elévation du segment ST dans les dérivation V1, V2, V3

De quelle maladie les frères B sont-ils atteints? Quel en est le premier mécanisme physiopathologique? Que conseillez-vous dès lors à M.C?

- Syndrome de Brugada.
- Diminution du nombre des canaux sodiques des myocytes d'origine génétique.
- DAI
- Dépistage familiale avec consultation cardiologique.

CAS CLINIQUE 5

- Monsieur N, 48 ans est hospitalisé en USIC pour douleur angineuse prolongée (4 heures). Il est traité depuis 2 ans pour HTA par amlodipine 5mg/j. Il n'a aucun autre antécédent médical ni chirurgical. PA 150/90 mmHg, le reste de l'examen clinique est normal (poids 80kg);



Quel est votre diagnostic?

- Un syndrome coronaire aigu avec sus-décalage persistant du segment ST en posterieur étendu.

Quelles sont les deux grandes modalités thérapeutiques entre lesquelles il faut choisir?

. Traitement de reperfusion en urgence.

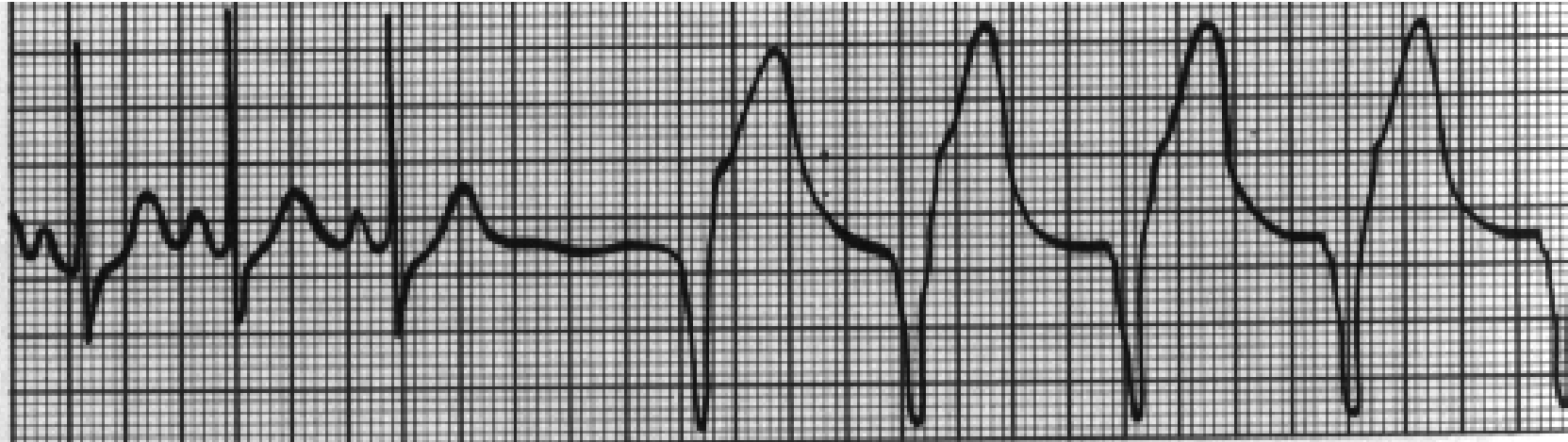
Pharmacologique par thrombolyse

Ou mécanique par angioplastie primaire

Vous choisissez en première intention un traitement pharmacologique. Indiquez les modalités.

- Repos au lit strict:
 - Monitoring du rythme, de la fréquence cardiaque et de la PA
 - Voie d'abord veineuse.
 - Perfusion garde veine 500 ml/24 h.
 - Défibrillateur vérifié à proximité.
- Antiagrégant plaquettaire.
- Administration IV d'un médicament thrombolytique
- Héparinothérapie.
- IEC
- BB .
- Antalgique.
- Anxiolytique.
- Antiulcéreux.
- Lutte contre la constipation.
- Surveillance.

Pendant la thrombolyse vous sur le cardioscope le trouble du rythme suivant



Quelle est la signification d'un tel tracé?

- Rythme idioventriculaire accéléré:

Tachycardie régulière à QRS larges, peu rapide et bien tolérée.

Signe de reperfusion myocardique.

De bon pronostic.

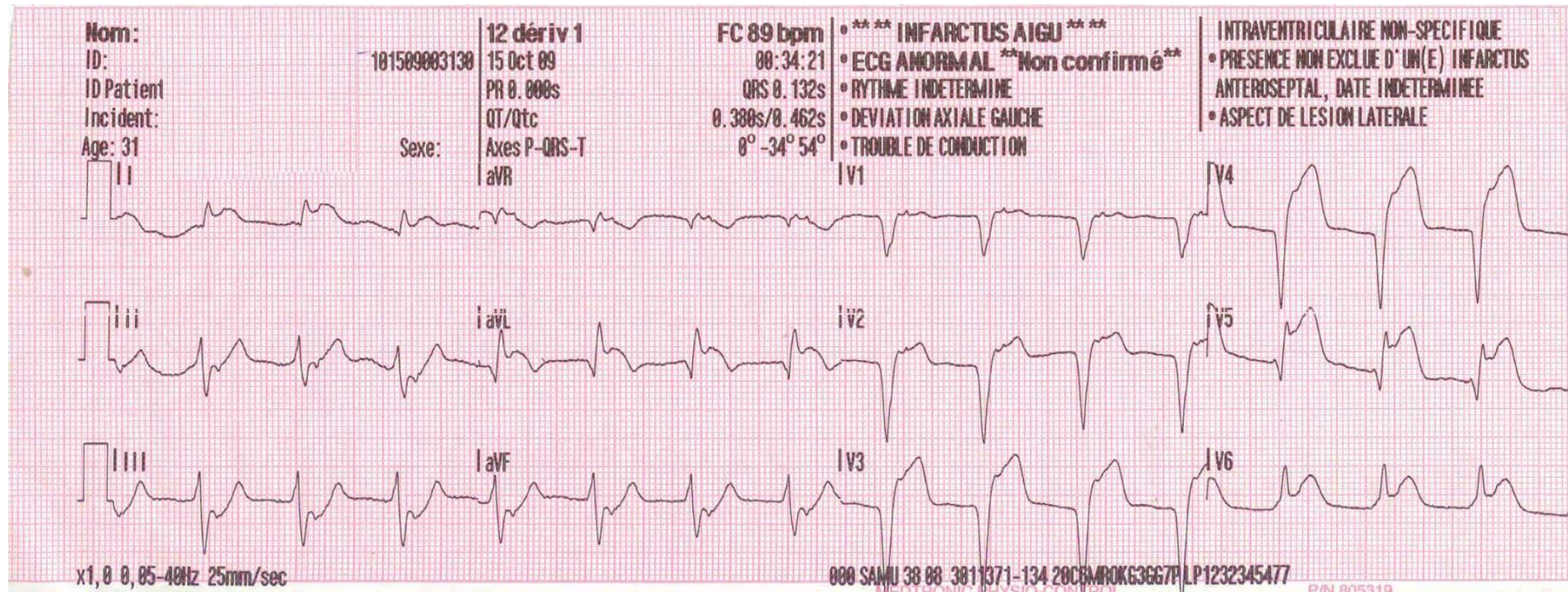
CAS CLINIQUE 6

- **Vous êtes appelé au domicile d'une femme de 31 ans qui après avoir fumé une cigarette présente une douleur thoracique constrictive au-dessus du sein gauche avec sueurs, irradiant dans le dos et "dépend de la respiration". En l'interrogeant vous apprenez qu'elle a accouché 12 jours avant, par voie basse . Cette première grossesse s'était déroulée sans problème et son bébé se porte bien. En recherchant ses antécédents vous notez un tabagisme à 10 paquets.année et une hypercholestérolémie limite connue "depuis toujours".**
- **Vous apprenez également qu'elle a consulté un cardiologue la semaine précédente sur recommandation de son médecin traitant pour des épisodes de bradycardie. Le cardiologue n'a rien retenu de pathologique.**

- **A l'examen clinique :**
- **- la douleur est toujours présente et est évaluée à 8/10,**
- **- la TA est à 137/107 à droite et à 134/98 à gauche,**
- **- les pouls distaux sont tous présents et symétriques,**
- **- les mollets sont souples, non chauds et non algiques**
- **- les auscultations cardio-pulmonaire, carotidiennes et abdominale sont parfaitement normales,**
- **- l'examen neurologique couché est strictement normal,**
- **- la SpO2 reste à 100% après arrêt de l'oxygène 9l/mn au masque à haute concentration mis de principe par les sapeurs pompiers avant votre arrivée.**

- **Quels diagnostics évoquez-vous ?**

- **SCA ST+** : c'est le diagnostic à évoquer en premier lieu avec un mécanisme particulier vu le contexte : la dissection coronaire [1].
- **Dissection aortique** : devant la douleur dorsale et les antécédents récents d'effort de poussée. L'absence d'anisotension, la présence de tous les pouls, l'absence de migration de la douleur et de signes neurologiques ainsi que le caractère non migratoire de la douleur ne vont pas dans le sens de ce diagnostic mais que l'on doit garder en mémoire.
- **Embolie pulmonaire** : les mollets sont souples mais le point de départ à évoquer en premier lieu est le petit bassin. , l'absence de désaturation en air ambiant et le caractère de la douleur (bien que rythmée par moment avec la respiration) ne placent pas ce diagnostic en bonne place.
- **Pneumothorax** : l'auscultation est normale et l'hématose également. **Péricardite** .





- **Qu'avez-vous à dire sur l'ECG ci-dessus ?**

- **. *Interprétabilité* :**
- **Paramétrage de l'électrocardiographe correct : 10 mm/mV et 25 mm/s (non visible sur le tracé ci-dessus mais vérifié sur l'original).**
- **Ligne isoélectrique horizontale et peu parasitée sur chacune des électrodes**
- **Pas de signe d'inversion des électrodes précordiales (impossible à préciser sur les électrodes frontales faute d'ondes P).**
- **Critères d'*interprétabilité* corrects après vérification, passage à...**
- **II. Interprétation :**
- **Fréquence cardiaque : 89**
- **Axe du QRS : -34°**
- **QRS : 0,132s**
- **PR: ?**
- **Rythme non sinusal : pas d'onde P (on peut se demander si elles n'apparaissent pas en fin de QRS sur certaines dérivations)**
- **Segment ST :**
 - **sus-décalages significatifs (0,15mV en D1 et aVL, 0,2mV en V2 et V6, 0,4 mV en V5, 0,6mV en V3 et 0,7 mV en V4,**
 - **sous décalages significatifs (0,2 mV en DIII et aVF) .**
- **Il s'agit donc d'un SCA ST+ avec un sus-décalage antérolatéral avec miroir inférieur.**

- **Que faites vous ?**

- La patiente a été prise en charge comme un SCA ST+ avec une trithérapie associant aspirine, clopidogrel et héparine. Les anti-GP2b3a ont été évoqués et en accord avec le cardiologue leur administration a été différée.
- La patiente a été orientée vers une salle d'angioplastie d'un établissement disposant de chirurgie cardiaque (pour éviter un transport secondaire) au vu du diagnostic évoqué (dissection coronaire) et du diagnostic différentiel (dissection aortique).
- La coronarographie a confirmé le diagnostic de dissection de l'IVA moyenne avec une fraction d'éjection à 40%. Un traitement médical a été proposé, la pose de stent étant contre-indiquée, pouvant aggraver la dissection. La chirurgie ne sera envisagée qu'en cas d'aggravation.

CAS CLINIQUE 7

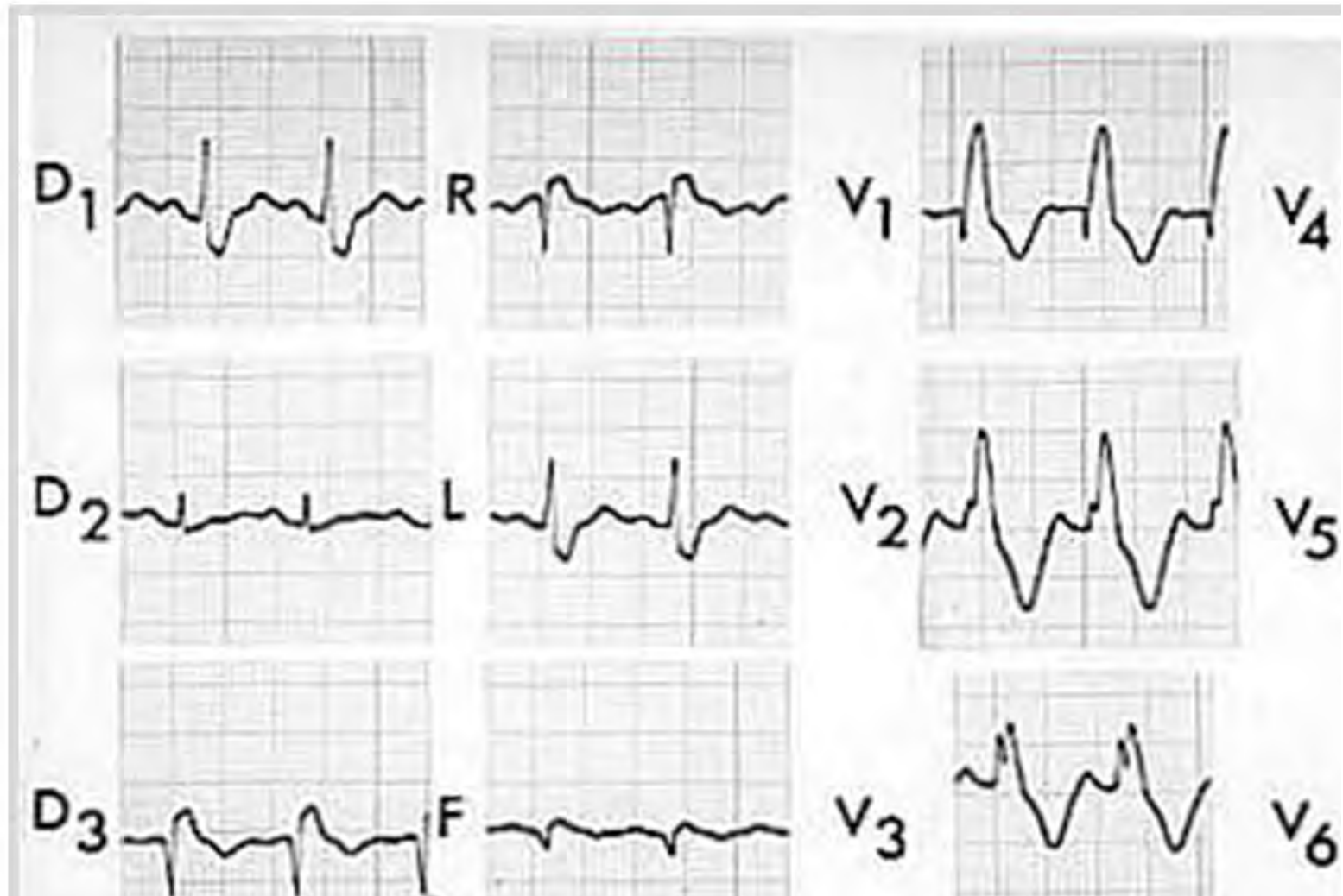
Madame G. 69 ans

- ATCD:
 - HTA
 - Hypercholestérolémie
 - Fracture arrachement de l'extrémité distale du péroné droit
il y a 15 jours traitée par immobilisation plâtrée pendant 3 semaines
- Ttt: Métoprolol
Tranxène
- HDM: douleur brutale médio-thoracique suivie d'une toux sèche avec dyspnée d'aggravation progressive . La patiente est admise dans un tableau de détresse respiratoire.

ENTREE aux USIC

- Patiente obnubilée en sueurs
- Constantes:
 - PA=70/50mmHg
 - FC=120/min
 - SaO2=91% sous 15L/min
 - Fr=50/min
 - Température=38°C
- SP:
 - Polypnée avec tirage, turgescence jugulaire
- Biologie:
 - GDS d'entrée: pH=7.15; pCO2=30mmHg; pO2=75mmHg; Bicar=8

ECG à l'entrée: Interprétez...





📌 **HYPOTHESE DIAGNOSTIQUE PRINCIPALE ET SUR
QUELS ARGUMENTS?**



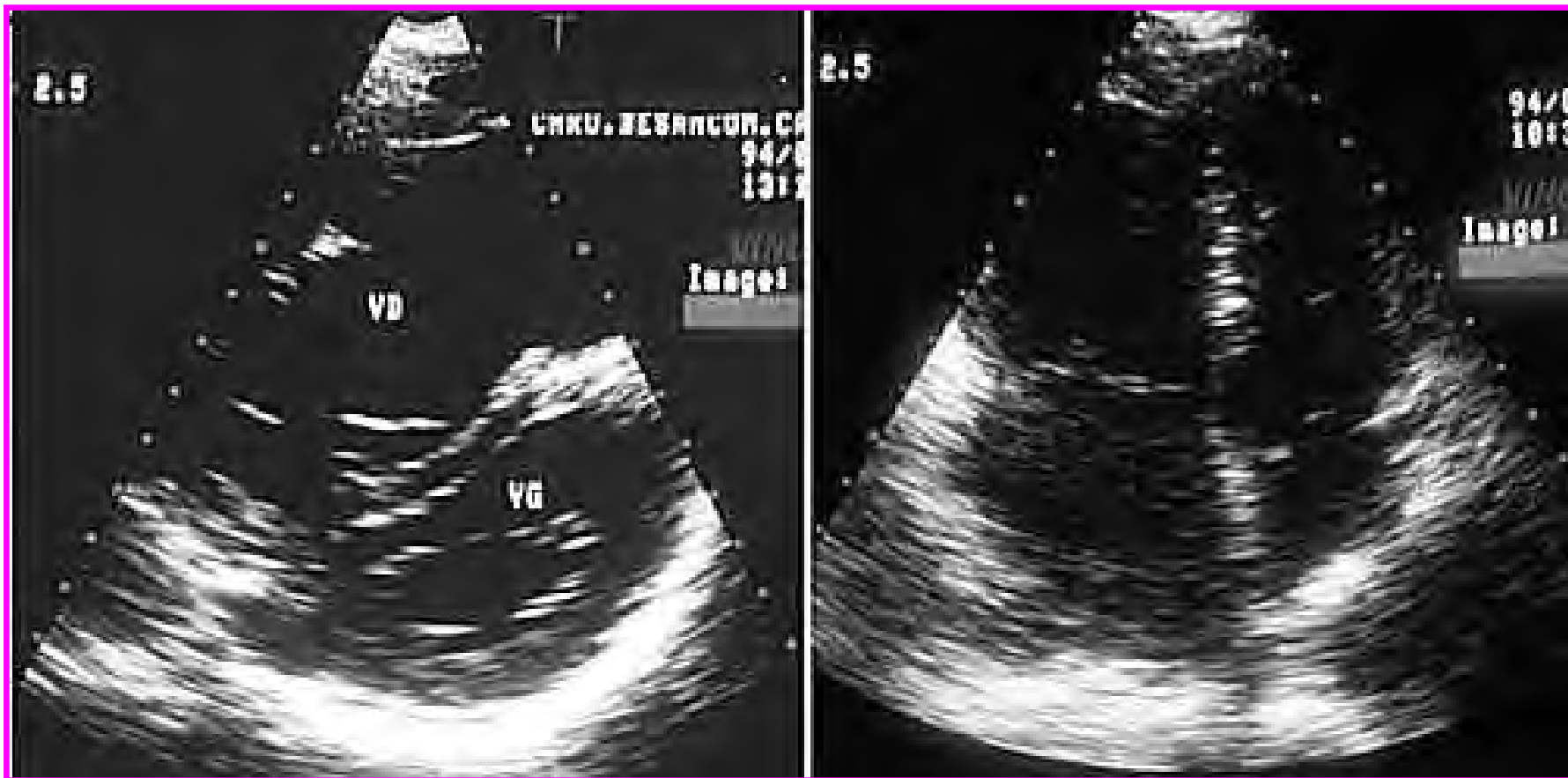
CATFACE À CETTE PATIENTE?

- Hospitalisation en USIC ou réanimation
- Mise en condition
 - VVP de bon calibre, liberté des VAS, monitoring
 - repos au lit strict,
- Traitement symptomatique
 - Remplissage modéré (500cc macromolécules)
 - Amines inotropes + si non suffisant
 - **Ablation du plâtre**, doppler veineux, immobilisation
- Traitement étiologique
 - Héparinothérapie efficace par HNF bolus de 5000UI puis 500UI/kg « fois par jour IVSE
- Examens pour le diagnostic positif
 - **AngioTDM spiralée thoracique** en l'absence de contre-indication en urgence
 - RP
 - Si non déplaçable, **écho cœur en urgence** pour recherche de signes indirects d'EP (retentissement ventriculaire droit)
 - Bilan bio+ hémocs: iono créat urée bh lactates CRP NFS tropo CPK
- Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement

- Après remplissage par 500cc de Gélofusine® peu efficace puis mise sous Dobutamine ®, la TA remonte à 100/60mmHg, mais la patiente reste polypnéique.
- Une héparinothérapie est débutée avec un premier bolus 5000UI et relais IVSE à 7000UIx3/j
- UNE ECHOGRAPHIE CARDIAQUE EST REALISEE EN URGENCE AU LIT DU MALADE

INTERPRETATION ?

Dilatation
Septum pa



- Liberté des voies aériennes supérieures, matériel d'intubation à proximité
- 2VVP bon calibre
- THROMBOLYSE par ALTEPLASE 10mg en 2 min puis 90mg sur 2h
- ASSURER LES FONCTIONS VITALES
- Majoration de la dobutamine ®
- TDM pulmonaire: diagnostic
- Poursuite de l'anticoagulation

CONTRE-INDICATIONS de la thrombolyse?

- Age > 70 ans (relative)
- Hémorragie sévère manifeste ou récente
- AVC hémorragique ou neurochirurgie < 2 mois, AVC ischémique < 6 mois
- Rétinopathie hémorragique
- Trauma sévère, accouchement, chirurgie majeure, ponction de vaisseau incompressible, MCE de - de 10jj
- HTA non contrôlée
- Endocardite, péricardite
- Pancréatite aiguë, UGD < 3 mois
- Néoplasie avec risque hémorragique majoré
- Hépatopathie sévère
- TTT anticoagulant oral AVK avec INR > 3

Décrire la RP



- Surélévation de la coupole gauche
- Atélectasie en bandes du lobe inférieur gauche
- Epanchement pleural gauche
- Hypertrophie hilare droite (?)
- Silhouette cardiaque/médiastin normaux
- Pas de lésion osseuse

CAS CLINIQUE 8

- Un homme de 76 ans se présente aux urgences pour des palpitations qu'il caractérise comme invalidantes, accompagnées d'une dyspnée. Il a comme seul antécédent notable une hypertension artérielle traitée par un IEC.

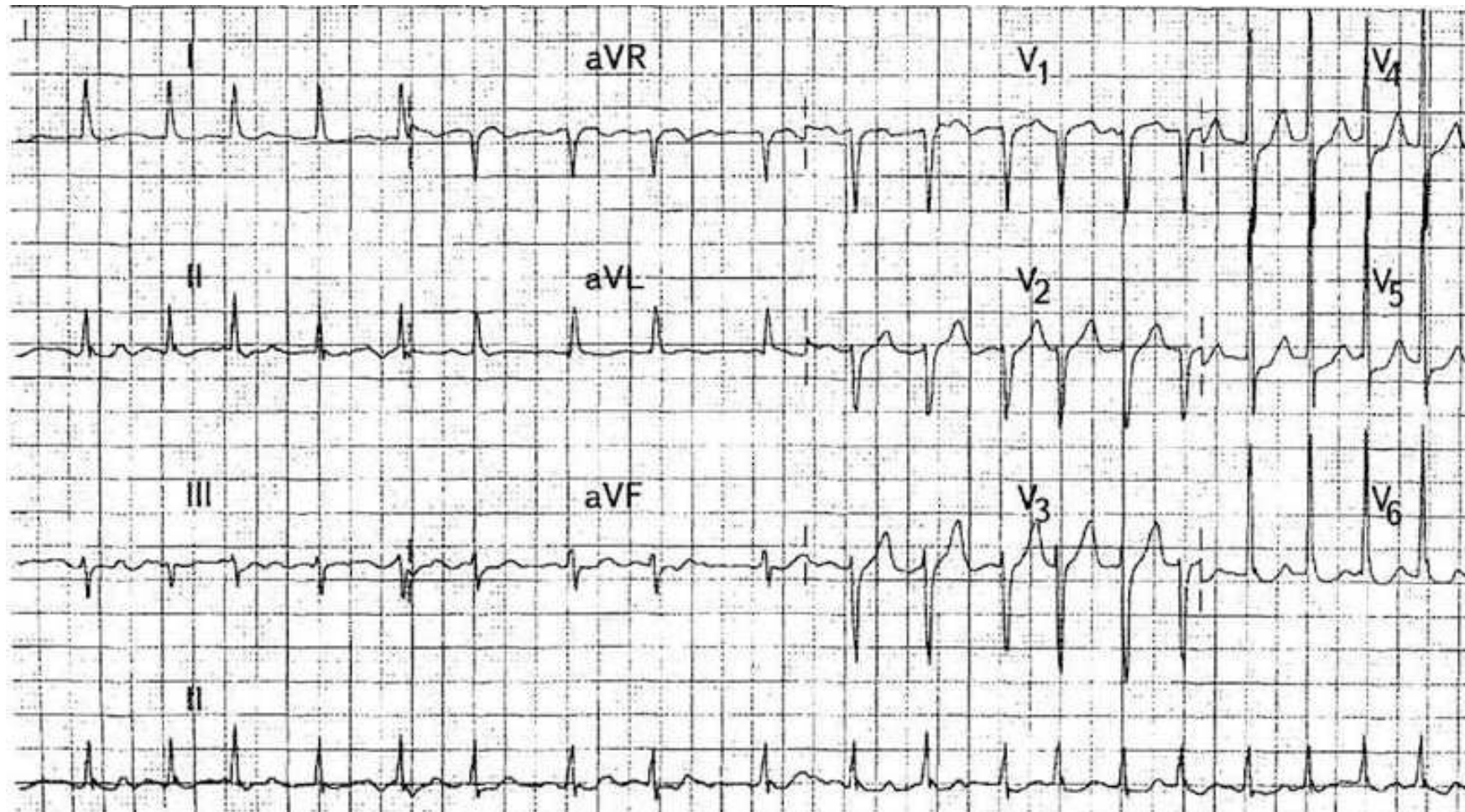
Les palpitations persistent depuis environ deux semaines, et depuis 4 jours il vous signale des difficultés respiratoires, qui s'accroissent lorsqu'il s'allonge. Le patient vous indique que ce n'est pas la première fois qu'il ressent des palpitations

Le patient est apyrétique, sa tension est à 158/101 mmHg, la fréquence respiratoire est à 24/min, la saturation en oxygène en air ambiant est à 91%.

Les bruits du cœur sont irréguliers, rapides et sans souffle associé.

L'auscultation pulmonaire révèle quelques crépitations aux bases. Il n'y a pas de turgescence des jugulaires, de reflux hépato-jugulaire ou d'œdème des membres inférieurs.

Vous évoquez une insuffisance cardiaque gauche.



- Quels est le facteur déclenchant et la cardiopathie sous-jacente de cette décompensation cardiaque ? Quel est le principal élément physiopathologique expliquant cette décompensation ?

- Quel examen biologique demandez-vous dans le cadre du bilan étiologique du facteur déclenchant?

- Quelle est la deuxième complication majeure de ce facteur déclenchant?

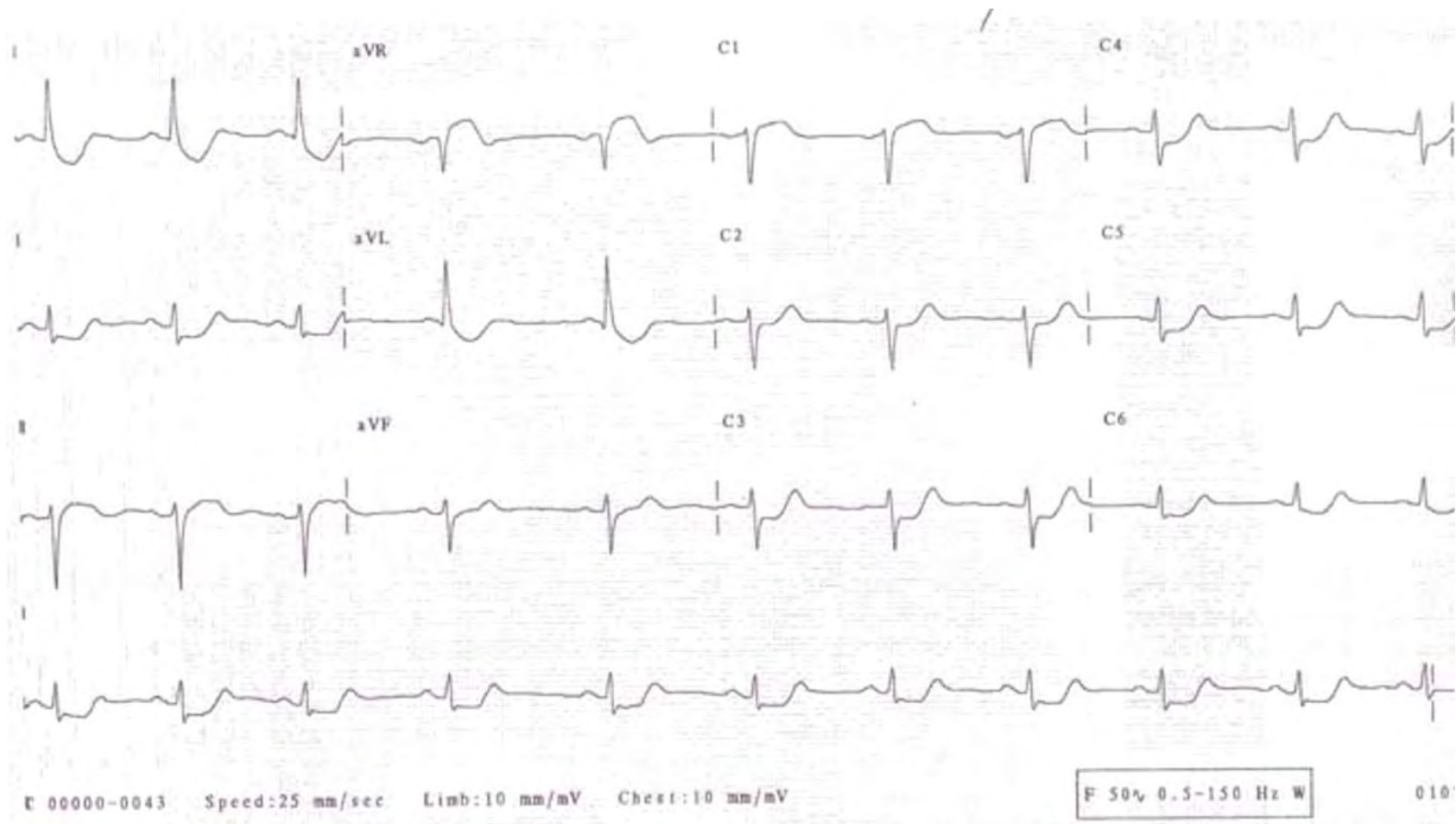
- Donnez les principes de votre prise en charge médicamenteuse dans les 24 premières heures ?

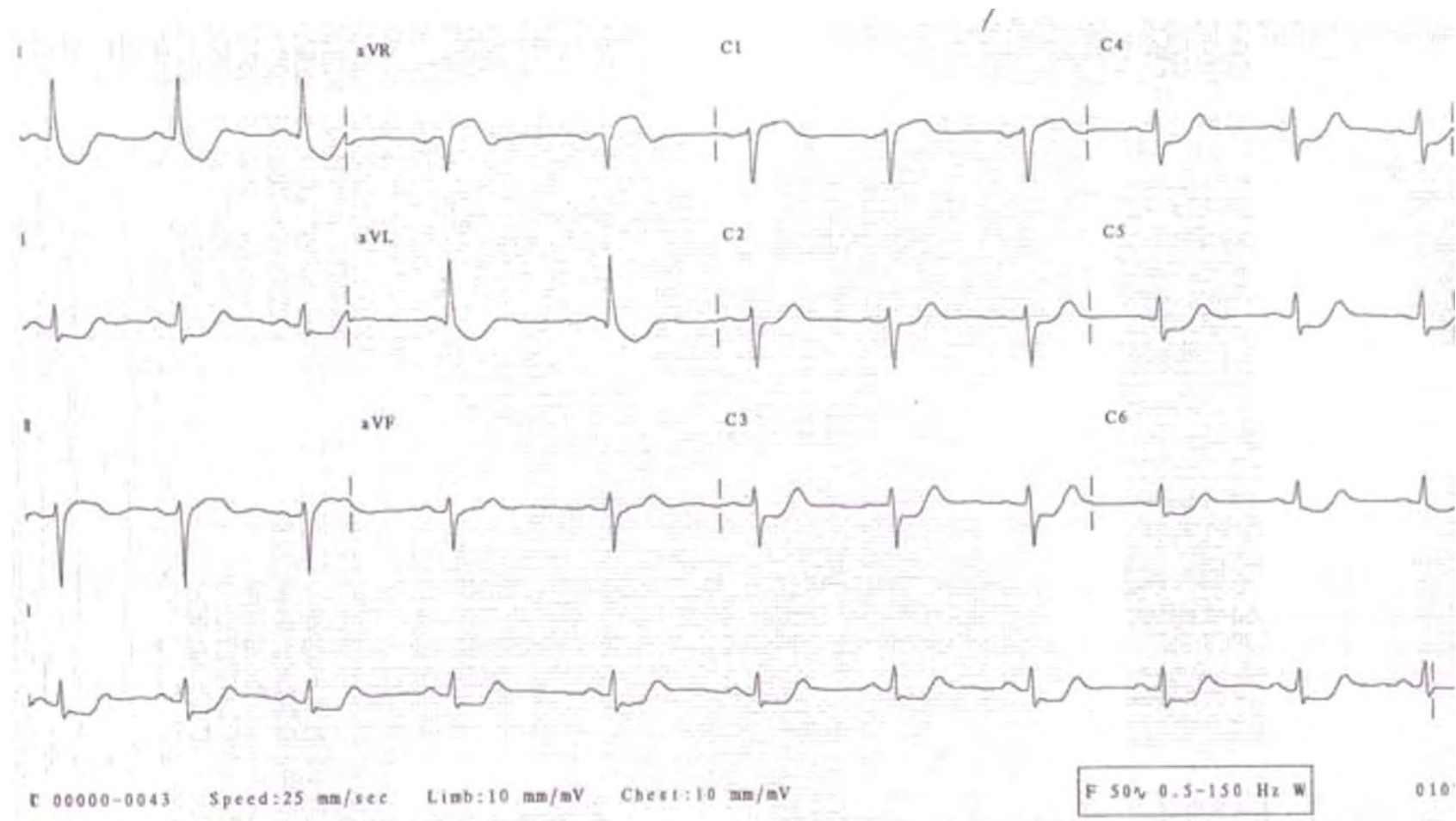
- Quelles sont les 2 stratégies principales pour traiter le facteur déclenchant ?

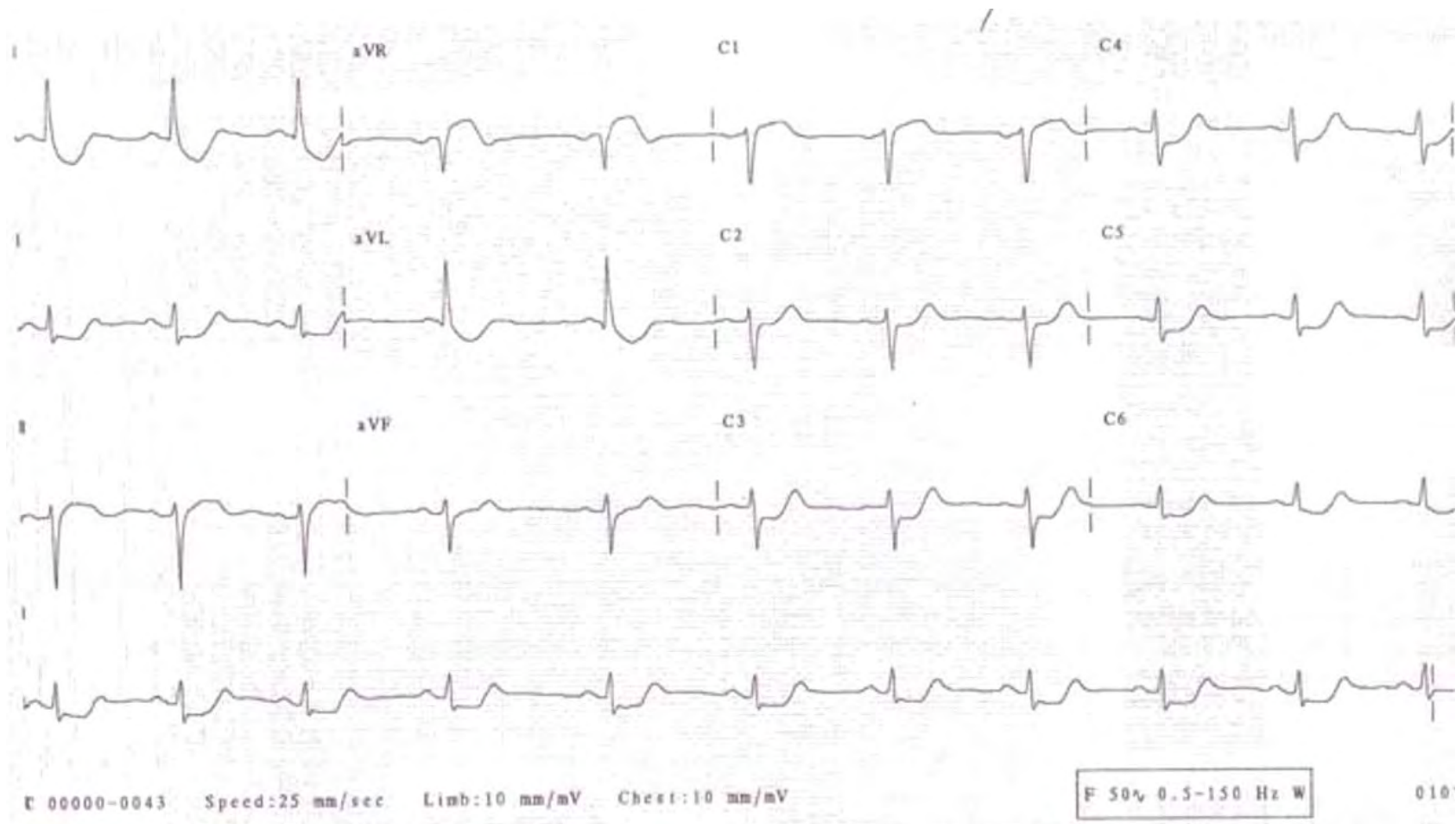
- Vous traitez le patient et vous l'adressez en consultation.
Lors de l'un de ses RDV , l'ECG est le suivant:

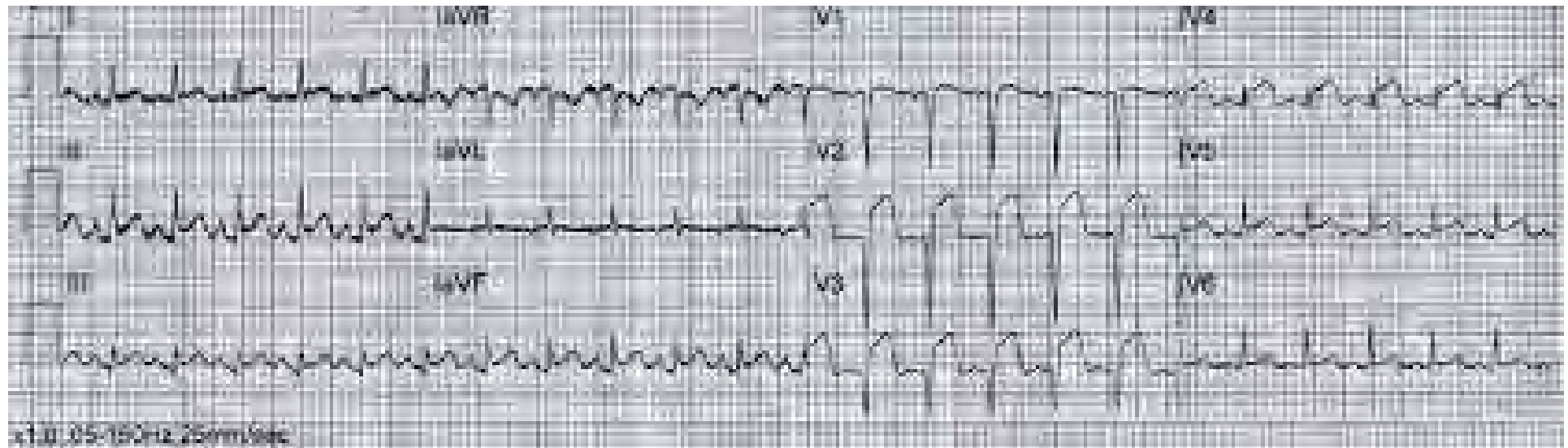


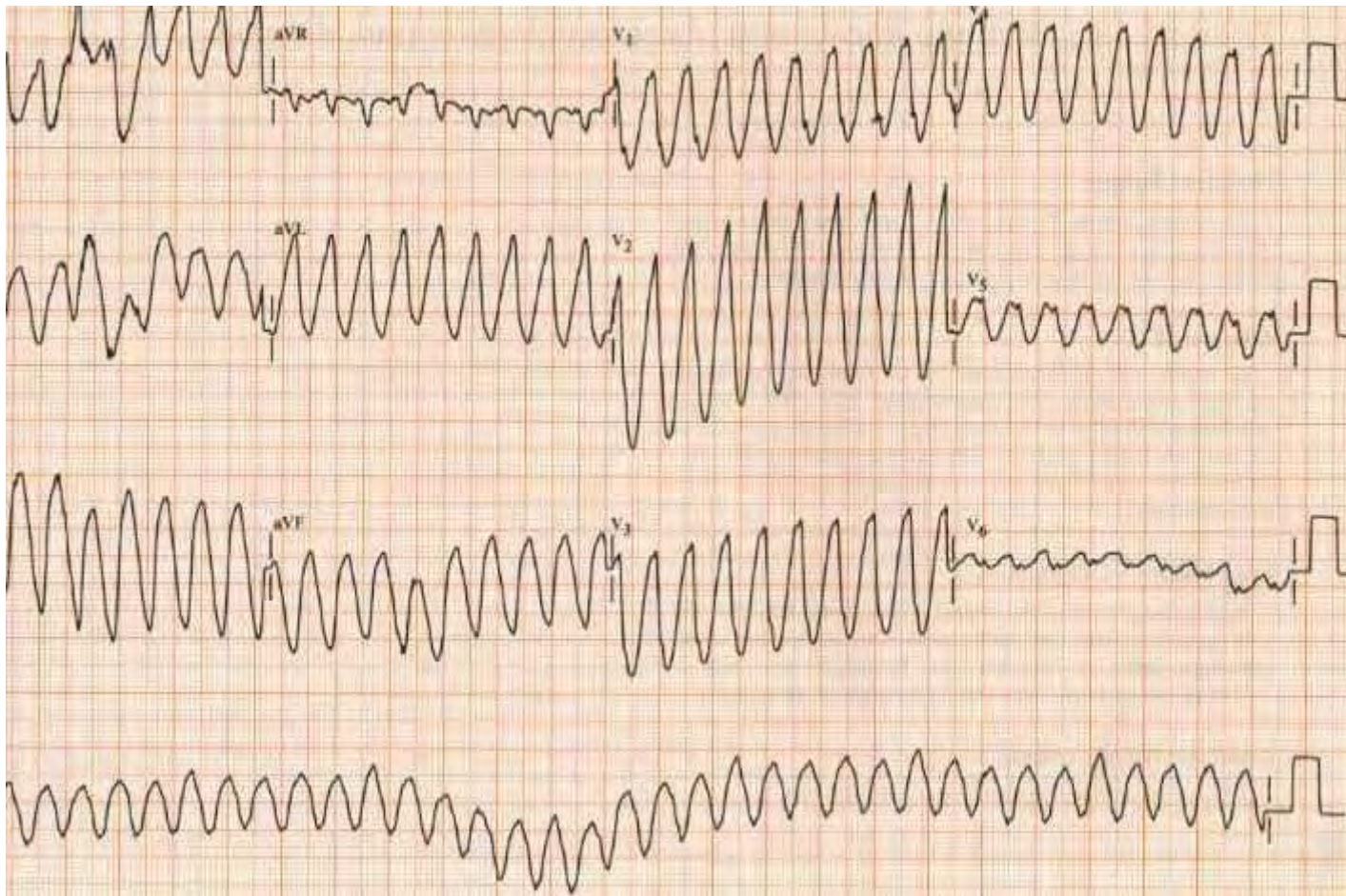
- Interprêtez l'ECG











Bloc auriculo-ventriculaire

